

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9026KW25 (OWU)

Informacja dotycząca ubezpieczenia

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 art. 7
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 art. 10

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9026KW25

Komentarze i wyjaśnienia, które znajdują się w ramach, nie są treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (OWU). Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione kursywą są zdefiniowane na początku dokumentu.

Wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy Ubezpieczenia.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre postanowienia Umowy oraz trudne sformułowania użyte w treści OWU.



PRZYKŁADY

Pokazujemy, jak w praktyce stosowane są postanowienia Umowy Ubezpieczenia i jakie mają znaczenie dla osoby objętej Ubezpieczeniem.

Artykuł 1. Wstęp

Niniejsze OWU mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym. Są one integralną częścią tej Umowy Ubezpieczenia i dokumentem wiążącym strony.

Artykuł 2. Definicje

- Agent** – Nest Bank Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (02-675), przy ul. Wołoskiej 24, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego jako agent ubezpieczeniowy w imieniu i na rzecz Towarzystwa,
- aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy, lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile z tego tytułu osoba podlega ubezpieczeniu chorobowemu w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i nie posiada prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
- czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, powstała na skutek choroby lub NW, potwierdzona na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub zaświadczenia ZUS lub KRUS. W przypadku osób, które w dniu rozpoczęcia czasowej niezdolności do pracy nie wykonują aktywności zawodowej, za czasową niezdolność do pracy uznaje się pobyt w szpitalu Ubezpieczonego,
- dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, nie wcześniej niż dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
- dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia** – dzień podpisania SUU przez Towarzystwo, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego,
- harmonogram** – plan spłat wskazany przez Kredytodawcę w Umowie Kredytu w dniu jej zawarcia, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat Kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy Kredytu,
- Kredyt** – kredyt gotówkowy, udzielany przez Kredytodawcę zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy,
- Kredytobiorca** – osoba będąca stroną Umowy Kredytu, prowadząca jednoosobowo działalność gospodarczą lub rolniczą,
- Kredytodawca (Bank)** – Nest Bank S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wołoskiej 24, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku,
- Miesiąc rozliczeniowy (Miesiąc)** – okres nie dłuższy niż 31 dni kalendarzowych, odpowiadający okresowi przyjętemu w Umowie Kredytu dla rozliczeń związanych ze spłatą Rat Kredytu w ramach Umowy Kredytu, z zastrzeżeniem, że pierwszy Miesiąc rozliczeniowy wynosi do 37 dni, w zależności od terminu zapadalności Raty Kredytu,
- nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą u Ubezpieczonego chorobą i musi mieć miejsce w okresie ubezpieczenia,
- okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, wskazany w SUU, nie dłuższy niż 144 Miesiące, równy w zależności od Wariantu ubezpieczenia:
 - okresowi, na jaki została zawarta Umowa Kredytu – dotyczy Wariantu Pełnego 1 oraz Wariantu Pełnego 2,
 - 60 Miesiący – dotyczy Wariantu Skróconego,

13. **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9026KW25,
14. **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt *Ubezpieczonego* w szpitalu w celu leczenia choroby lub obrażeń ciała doznanych w wyniku niebezpiecznego wypadku. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego,
15. **poważna choroba** – jednostka chorobowa, która została zdefiniowana poniżej:
- 15.1. **nowotwór złośliwy** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym),
- 15.2. **zawał mięśnia sercowego** – oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Jednoznaczne rozpoznanie świeżego zawału mięśnia sercowego musi być oparte na 3 lub więcej z niżej podanych kryteriów:
- a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - e) frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
 - f) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza),
- 15.3. **udar** – nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej wskutek niedokrwienia lub krwawienia do mózgu, lub krwawienia podpajęczynowego. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
- a) jednoznaczne rozpoznanie szpitalne świeżego udaru mózgu z wystąpieniem nowych objawów neurologicznych,
 - b) udokumentowane nowe i poważne (co oznacza niedowład poniżej 4 stopni w skali Lovetta, afazję, encefalopatię) ubytki neurologiczne, potwierdzone przez lekarza neurologa, utrzymujące się przynajmniej 3 miesiące po incydencie mózgowym,
 - c) zmiany stwierdzone w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej, lub w innym wiarygodnym badaniu obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.
- Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
- a) przemijające niedokrwienie mózgu,
 - b) stwierdzony w badaniu obrazowym tzw. cichy udar bezobjawowy,
 - c) uszkodzenia mózgu spowodowane *nieszczęśliwym wypadkiem* lub urazem,
- 15.4. **choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego** – przebiecie w następstwie objawów dusznicy bolesnej operacji serca z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów omijających (by-pass) z użyciem pomostów naczyniowych z żyły odpiszczelowej lub sutkowej wewnętrznej, z wyłączeniem przeszkońkowej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych (w tym technik laserowych). Uznanie roszczenia wymaga udokumentowania / rozpoznania choroby podstawowej wynikami badań angiograficznych,
- 15.5. **przeszczepienie narządów** – leczenie operacyjne *Ubezpieczonego* obejmujące:
- przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych, poprzedzony całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją),
 - przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów.
- Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych są wykluczone,
- 15.6. **niewydolność nerek** – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek, udokumentowana regularnym odbywaniem przez *Ubezpieczonego* dializy nerek / dializy otrzewnowej, hemodializy / lub przebieciem przeszczepu nerki,
16. **Rata Kredytu** – kwota należna *Kredytodawcy* za *Miesiąc rozliczeniowy* trwania *Umowy Kredytu*, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w *harmonogramie*, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału,
17. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* lub spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalność,
18. **saldo zadłużenia** – zobowiązanie *Kredytobiorcy* wobec *Kredytodawcy* wynikające z *Umowy Kredytu*, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na dzień zajścia zdarzenia, określane w oparciu o *harmonogram*,
19. **składka** – kwota określona w *SUU*, należna *Towarzystwu* z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej *Ubezpieczonemu*. Składka płatna jest z góry za cały okres ubezpieczenia,
20. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek *Ubezpieczającego* o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* i potwierdzenie przez agenta ubezpieczeniowego działającego w imieniu *Towarzystwa* zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego*,
21. **szpital** – zakład leczniczy działający na podstawie przepisów prawa, który wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Definicja *szpitala* nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic, lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów leczenia uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet jeśli stanowią organizacyjną część *szpitala*,
22. **Towarzystwo** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A.) z siedzibą w Warszawie (00-342), przy ul. Topiel 12, wpisane do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego,
23. **trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, powstała w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku* lub choroby,
24. **Ubezpieczający** – *Kredytobiorca* wskazany w *SUU*, który zawarł *Umowę Ubezpieczenia* i który jest zobowiązany do opłacenia składki,
25. **Ubezpieczony** – *Kredytobiorca* będący osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub rolniczą,
26. **Umowa Kredytu** – umowa kredytu zawarta pomiędzy *Kredytodawcą* a *Kredytobiorcą*, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami *Kredytodawcy*,
27. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym*, na którą składają się postanowienia tych *OWU, SUU* oraz wszelkie oświadczenia woli *Ubezpieczającego* i *Towarzystwa* załączone do *Umowy Ubezpieczenia*, które są jej integralną częścią,
28. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez *Ubezpieczonego* jako uprawniona do świadczeń na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* przewidzianych *Umową Ubezpieczenia*. O ile *Ubezpieczony* nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do świadczeń na wypadek śmierci w pierwszej kolejności jest małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku rodziców oraz innych osób wymienionych powyżej świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom ustawowym *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczą po *Ubezpieczonym*,
29. **Wariant ubezpieczenia (Wariant Pełny 1 lub Wariant Pełny 2, lub Wariant Skrócony)** – jeden z trzech wariantów trwania *okresu ubezpieczenia*, uzależniony od okresu, na jaki została zawarta *Umowa Kredytu*:

Okres ubezpieczenia równy:		Dotyczy Kredytów udzielonych na okres:
Wariant Pełny 1	okresowi, na jaki została zawarta <i>Umowa Kredytu</i>	do 60 <i>Miesięcy</i>
Wariant Pełny 2	okresowi, na jaki została zawarta <i>Umowa Kredytu</i>	od 61 do 144 <i>Miesięcy</i>
Wariant Skrócony	60 <i>Miesięcy</i>	od 61 do 144 <i>Miesięcy</i>

30. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wymienione w *OWU*, które miało miejsce w *okresie ubezpieczenia* oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę *świadczenia ubezpieczeniowego*.

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres terytorialny

1. Przedmiotem tego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia *Ubezpieczonego*.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę, na całym świecie.

Artykuł 4. Zakres ubezpieczenia

1. Zakres ochrony *Umowy Ubezpieczenia* zależy od wybranego przez *Ubezpieczającego* pakietu wskazanego w *SUU*.
2. Zakres ubezpieczenia w zależności od pakietu obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania ochrony na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*:

Nazwa pakietu	Śmierć	Trwała niezdolność do pracy	Pobyt w szpitalu w następstwie NW	Poważna choroba	Czasowa niezdolność do pracy
Pakiet BIZNEST Bezpieczeństwo	✓	✓	—	—	—
Pakiet BIZNEST Bezpieczeństwo Standard	✓	✓	✓	✓	—
Pakiet BIZNEST Bezpieczeństwo Max	✓	✓	✓	✓	✓

3. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*

W przypadku śmierci danego *Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w zależności od Pakietu i Wariantu, w wysokości:

1) Pakiety **BIZNEST Bezpieczeństwo** i **BIZNEST Bezpieczeństwo Standard** – iloraz mniejszej z wartości:

- a) 125% *salda zadłużenia* na dzień śmierci danego *Ubezpieczonego*,
- b) 937.500 PLN, jeśli w *dnieniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* wiek tego *Ubezpieczonego* nie przekracza 65 lat, albo 606.000 PLN, jeśli wiek ten przekracza 65 lat i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,

2) Pakiet **BIZNEST Bezpieczeństwo MAX** – iloraz mniejszej z wartości:

• Wariant **Pełny 1**:

- a) 120% *salda zadłużenia* na dzień śmierci danego *Ubezpieczonego*,
- b) 900.000 PLN, jeśli w *dnieniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* wiek tego *Ubezpieczonego* nie przekracza 65 lat, albo 582.000 PLN, jeśli wiek ten przekracza 65 lat i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,

• Wariant **Pełny 2** i Wariant **Skrócony** – iloraz mniejszej z wartości:

- a) 100% *salda zadłużenia* na dzień śmierci danego *Ubezpieczonego*,
- b) 750.000 PLN, jeśli w *dnieniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* wiek tego *Ubezpieczonego* nie przekracza 65 lat, albo 485.000 PLN, jeśli wiek ten przekracza 65 lat i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*.

4. Świadczenie z tytułu *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*

1) W przypadku *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej ilorazowi mniejszej z wartości:

- a) 100% *salda zadłużenia* na dzień stwierdzenia *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
- b) 750.000 PLN, jeśli w *dnieniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* wiek tego *Ubezpieczonego* nie przekracza 65 lat, albo 485.000 PLN, jeśli wiek ten przekracza 65 lat i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*.

2) Świadczenie, o którym mowa w pkt 1) powyżej, jest należne, jeżeli w dniu NW lub diagnozy choroby powodujących *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego Ubezpieczony* był objęty ubezpieczeniem oraz był *aktywny zawodowo* i nie ukończył 65. roku życia, z zastrzeżeniem przypadku określonego w pkt 3) poniżej.

3) W przypadku *Ubezpieczonych*, którzy w dniu NW lub diagnozy choroby, powodujących *trwałą niezdolność do pracy*, mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli *aktywni zawodowo*, za *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego* uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:

- całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
- całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
- całkowitej głuchocie w obu uszach, spowodowanej urazem, lub
- stracie dolnej szczęki, lub
- całkowitej stracie mowy, lub
- całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
- całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
- całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
- całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
- całkowitej stracie obu nóg, lub
- całkowitej stracie obu stóp, lub
- całkowitej stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
- całkowitym paraliżem kończyny górnej (trwałe uszkodzenie nerwu), lub
- całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
- całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
- całkowitym paraliżem kończyny dolnej (trwałe uszkodzenie nerwu)

w wyniku NW, który miał miejsce w okresie ochrony.

4) Od daty NW lub diagnozy choroby do stwierdzenia, iż spowodowały one *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy. W przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w pkt 3) stwierdzenie *trwałej niezdolności do pracy* następuje z datą NW, a warunku dotyczącego upływu okresu 12 miesięcy nie stosuje się.

5. Świadczenie z tytułu *poważnej choroby Ubezpieczonego*

1) W przypadku zdiagnozowania u *Ubezpieczonego* *poważnej choroby* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie ubezpieczeniowe zależnie od Pakietu w wysokości równej ilorazowi mniejszej z wartości:

• Pakiet **BIZNEST Bezpieczeństwo Standard**:

- a) 20% *salda zadłużenia* na dzień diagnozy *poważnej choroby* lub przeprowadzenia operacji, o których mowa w art. 2 ust. 15,
- b) 150.000 PLN, jeśli w *dnieniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* wiek tego *Ubezpieczonego* nie przekracza 65 lat, albo 97.000 PLN, jeśli wiek ten przekracza 65 lat i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,

• Pakiet **BIZNEST Bezpieczeństwo Max**:

- a) 100% *salda zadłużenia* na dzień diagnozy *poważnej choroby* lub przeprowadzenia operacji, o których mowa w art. 2 ust. 15,
- b) 750.000 PLN, jeśli w *dnieniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* wiek tego *Ubezpieczonego* nie przekracza 65 lat, albo 485.000 PLN, jeśli wiek ten przekracza 65 lat i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*.

6. W odniesieniu do Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Standard, w przypadku podjęcia pozytywnej decyzji o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci lub *trwałej niezdolności do pracy* po wypłacie świadczenia z tytułu *poważnej choroby*, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci lub *trwałej niezdolności do pracy* zostanie pomniejszone o 20%.

7. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie NW

1) W przypadku *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie NW* Towarzystwo wypłaci pierwsze świadczenie w wysokości:

- a) 100% *Raty Kredytu* – w przypadku Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Standard,
- b) 180% *Raty Kredytu* – w przypadku Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Max, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego *pobytu w szpitalu w następstwie NW*.

- 2) W przypadku, gdy po zakończeniu 3-dniowego pobytu w szpitalu w następstwie NW, o którym mowa w pkt 1), Ubezpieczony nadal będzie przebywał w szpitalu, Towarzystwo wypłaci świadczenie każdorazowo w wysokości:
 - a) 100% Raty Kredytu – w przypadku Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Standard,
 - b) 180% Raty Kredytu – w przypadku Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Max,
 przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego pobytu w szpitalu w następstwie NW.
 - 3) Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 6 świadczeń na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe pobytu w szpitalu w następstwie NW i nie więcej niż 12 świadczeń w całym czasie nieprzerwanego świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie na dzień przyjęcia do szpitala, przy czym pojedyncze świadczenie nie może wynieść więcej niż 6.000 PLN.
 - 4) W przypadku, gdy w ramach danej Umowy Kredytu ochroną objęty jest więcej niż jeden Kredytobiorca, wysokość świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie NW dla danego Ubezpieczonego równa jest ilorazowi świadczenia, o którym mowa w pkt 1) powyżej, i liczby Ubezpieczonych w ramach danej Umowy Kredytu w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
8. **Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego** dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 65. roku życia oraz są aktywne zawodowo, a dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie są aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia – **pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie NW lub choroby**
- 1) W przypadku czasowej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci pierwsze świadczenie miesięczne po 30 dniach nieprzerwanego okresu – pozostawania czasowo niezdolnym do pracy lub pobytu w szpitalu – w wysokości 180% Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
 - 2) W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w pkt 1), Ubezpieczony nadal jest czasowo niezdolny do pracy lub przebywa w szpitalu, Towarzystwo wypłaci kolejne świadczenie miesięczne każdorazowo w wysokości 180% Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu pozostawania Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy lub przebywania w szpitalu.
 - 3) Jeżeli kolejna czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpi przed upływem 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego, co skutkuje dalszą wypłatą świadczeń miesięcznych po każdym 30 kolejnych dniach czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami pkt 2).
 - 4) Jeżeli kolejna czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako nowe zdarzenie ubezpieczeniowe, co skutkuje wypłatą pierwszego świadczenia miesięcznego po 30 dniach nieprzerwanego okresu czasowej niezdolności do pracy oraz dalszą wypłatą świadczeń miesięcznych na zasadach wskazanych w pkt 2).
 - 5) Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 6 świadczeń miesięcznych równych 180% Raty Kredytu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe czasowej niezdolności do pracy i nie więcej niż 12 świadczeń miesięcznych w całym czasie nieprzerwanego świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie na dzień rozpoczęcia czasowej niezdolności do pracy, przy czym pojedyncze świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 6.000 PLN, z zastrzeżeniem pkt 7).
 - 6) Decyzja Towarzystwa o uznaniu czasowej niezdolności do pracy w przypadku osób aktywnych zawodowo zostanie podjęta w oparciu o kopię wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydruk formularza e-ZLA, lub kopię orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy wydanego przez ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, potwierdzającego czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
 - 7) W przypadku, gdy w ramach danej Umowy Kredytu ochroną objęty jest więcej niż jeden Kredytobiorca, wysokość świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy dla danego Ubezpieczonego równa jest ilorazowi świadczenia, o którym mowa w pkt 1) powyżej, i liczby Ubezpieczonych w ramach danej Umowy Kredytu w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
9. W przypadku, gdy należne świadczenie ubezpieczeniowe przewyższa kwotę salda zadłużenia z tytułu Umowy Kredytu na dzień zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
- 1) Ubezpieczony,
 - 2) Uposażeni ustaleniu zgodnie z art. 2 ust. 28.

Artykuł 5. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia, okres odpowiedzialności Towarzystwa oraz wyjaśnienie Umowy Ubezpieczenia

1. Warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia z Kredytobiorcą jest, aby Kredytobiorca:
 - 1) podpisał SUU;
 - 2) zawarł z Kredytodawcą Umowę Kredytu w wysokości nieprzekraczającej:
 - a) 750.000 PLN – w przypadku Ubezpieczonych, których wiek w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie przekracza 65 lat;
 - b) 485.000 PLN – w przypadku Ubezpieczonych, których wiek w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia przekracza 65 lat;
 z zastrzeżeniem, że suma zadłużenia z tytułu udzielonych oraz wnioskowanych kredytów gotówkowych, przy zawieraniu których Ubezpieczony zawarł lub wnioskuje o zawarcie Umowy Ubezpieczenia z Towarzystwem, nie może przekroczyć wskazanych powyżej kwot na dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) jako Ubezpieczający zobowiązał się do opłacenia składki.
2. Ochroną ubezpieczeniową może być objęta każda osoba fizyczna, o której mowa w art. 2 ust. 25, która:
 - 1) ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) najpóźniej w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i na koniec okresu ubezpieczenia nie ukończy 75 lat,
 - 3) spełniła wymogi dotyczące stanu zdrowia określone w SUU.
3. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy Kredytu mogą być objęte nie więcej niż cztery osoby.
4. Osoba, która spełnia wymogi opisane powyżej, może zostać objęta ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego i opłacenia składki.
5. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia jest dobrowolne.



WAŻNE: Aby zostać objętym ochroną ubezpieczeniową, należy podpisać Szczegółową Umowę Ubezpieczenia. W dokumencie tym wskazane są szczegóły dotyczące Ubezpieczonego i świadczeń ubezpieczeniowych. Wcześniej wręcane są Ogólne Warunki Ubezpieczenia wraz z Kartą Produktu.

6. Objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczonego, który na koniec okresu ubezpieczenia będzie miał ukończone 75 lat, jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej składki.
7. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia z Kredytobiorcą, który jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (dalej PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu zgody przez Członka Zarządu Towarzystwa, kadrę kierowniczą wyższego szczebla lub osobę upoważnioną przez Zarząd Towarzystwa.
8. Datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku, gdy Ubezpieczający jest PEP, jest dzień następujący po dniu wyrażenia zgody na zawarcie Umowy Ubezpieczenia, o której mowa w ust. 7 powyżej, pod warunkiem opłacenia składki przez Ubezpieczającego w terminie wymagalności.
9. Okres odpowiedzialności Towarzystwa względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - a) w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej niezdolności do pracy, pobytu w szpitalu w wyniku NW oraz poważnej choroby,
 - b) sześćdziesiątego pierwszego dnia po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy.
10. Towarzystwo udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych OWU oraz w okresie, za jaki została opłaconą składka, zgodnie z postanowieniami art. 6.
11. Ochrona ubezpieczeniowa w związku z daną Umową Kredytu i Umową Ubezpieczenia wygasa w stosunku do danego Ubezpieczonego w dniu wystąpienia pierwszego z określonych poniżej zdarzeń:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) w przypadku trwałej niezdolności do pracy – w dniu stwierdzenia przez Towarzystwo trwałej niezdolności do pracy, pod warunkiem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego,
 - c) w ostatnim dniu Miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat.
12. Ochrona ubezpieczeniowa w związku z daną Umową Kredytu i Umową Ubezpieczenia wygasa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych w przypadku zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) w przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z końcem Miesiąca, w którym Ubezpieczający skutecznie złożył Towarzystwu lub Agentowi oświadczenie o wypowiedzeniu,

- b) z upływem *okresu ubezpieczenia*, za który opłacona została *składka*,
 - c) z upływem 144 *Miesięcy* od dnia zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,
 - d) w przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty zadłużenia wynikającego z *Umowy Kredytu*.
13. W przypadku odstąpienia od *Umowy Kredytu* lub odstąpienia od *Umowy Ubezpieczenia* uznaje się, że *Ubezpieczeni* nie byli objęci ochroną. W takim przypadku *składka* z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* zostanie zwrócona w całości.
14. W przypadkach określonych w punktach 12 a), d) powyżej *Towarzystwo* zwróci część *składki* za okres niewykorzystanej ochrony, zgodnie z art. 6.

Artykuł 6. Opłacanie składek

1. *Składka* opłacana jest przez *Ubezpieczającego* jednorazowo, z góry za cały okres ochrony, w wysokości określonej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
2. *Składkę* ustala *Towarzystwo* z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, w tym wyłączeń odpowiedzialności *Towarzystwa*, *okresu ochrony*, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku *Ubezpieczonego*, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*.
3. *Składka* opłacana jest jednorazowo i naliczana jest od wysokości początkowej kwoty *Kredytu* oraz *okresu ubezpieczenia* w miesiącach.
4. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona *składka*, *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* za pośrednictwem *Agenta* część *składki* odpowiadającą niewykorzystanemu *okresowi ubezpieczenia*, obliczoną według poniższego wzoru:

$$Z = S - (S \times \frac{k}{n})^*$$

* Zaokrąglone do 2 miejsc po przecinku, gdzie:

Z – *składka* do zwrotu,

S – kwota pierwotnie zapłaconej *składki*,

n – *okres ubezpieczenia* w dniach,

k – liczba faktycznie wykorzystanych dni *okresu ubezpieczenia*.

Artykuł 7. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia



WYJAŚNIENIE: Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić do *Towarzystwa* w wybrany sposób:

- za pośrednictwem strony internetowej www.nn.pl,
- telefonicznie: +48 22 522 71 24, 801 20 30 40,
- pisemnie na adres: Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. Zespół Obsługi Świadczeń, ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

1. Informacje o wymaganych dokumentach i możliwościach ich poświadczania znajdują się na stronie www.nn.pl. W terminie 7 dni od daty otrzymania informacji o *zdarzeniu ubezpieczeniowym* *Towarzystwo* poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie o wymaganych dokumentach określonych w punkcie 3 poniżej.
2. Do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przekazanie *Towarzystwu* dokumentów:
 - a) w przypadku **śmierci *Ubezpieczonego***:
 - kopii odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego*,
 - wypełnionego wniosku *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia lub w formie pisemnego oświadczenia, które będzie zawierało dane określone na wniosku *Towarzystwa*, kopii statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpiła w wyniku *NW*,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć *Ubezpieczonego* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - kopii dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do świadczenia (gdy są one niepełnoletnie – opiekuna prawnego) lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej;
 - b) w przypadku zdiagnozowania **poważnej choroby**:
 - wypełnionego wniosku *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia lub w formie pisemnego oświadczenia, które będzie zawierało dane określone na wniosku *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnozę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej;
 - c) w przypadku **czasowej niezdolności do pracy**:
 - wypełnionego wniosku *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia lub w formie pisemnego oświadczenia, które będzie zawierało dane określone na wniosku *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej,
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *czasowej niezdolności do pracy*,
 - kopii wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydruk formularza e-ZLA (lub kopii zaświadczenia o *czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* wydanego przez ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS),
 - kopii dowodu aktywności zawodowej *Ubezpieczonego* (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub kopia umowy cywilnoprawnej, lub potwierdzenie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) w dniu rozpoczęcia *czasowej niezdolności do pracy*,
 - kopii protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy *czasowa niezdolność do pracy* jest spowodowana *NW*,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy;
 - d) w przypadku **pobytu w szpitalu w następstwie choroby lub *NW***:
 - wypełnionego wniosku *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia lub w formie pisemnego oświadczenia, które będzie zawierało, dane określone na wniosku *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentacji medycznej *Ubezpieczonego* dotyczącej pobytu w szpitalu,
 - kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, gdy pobyt w szpitalu miał miejsce na skutek *NW*,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy pobyt w szpitalu jest związany z wypadkiem przy pracy,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej;
 - e) w przypadku **trwałej niezdolności do pracy**:
 - w przypadku osób *aktywnych zawodowo*, które nie ukończyły 65. roku życia:
 - wypełnionego wniosku *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia lub w formie pisemnego oświadczenia, które będzie zawierało dane określone na wniosku *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - kopii orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o *trwałej niezdolności do pracy* oraz o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności,
 - kopii dowodu *aktywności zawodowej* (potwierdzenie pracodawcy zatrudnienia na podstawie umowy o pracę lub kopii stosownej umowy cywilnoprawnej *Ubezpieczonego* w dniu *NW*, lub diagnozy choroby, które spowodowały *trwałą niezdolność do pracy*),
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *trwałej niezdolności do pracy*,
 - kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie – gdy *trwała niezdolność do pracy* jest spowodowana *NW*,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *trwała niezdolność do pracy* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej;

- w przypadku osób, które nie były *aktywne zawodowo* lub ukończyły 65. rok życia:
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
 - kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie, potwierdzających, że *zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *NW*,
 - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej;
- f) w przypadku *pobytu w szpitalu w następstwie NW*:
 - wypełnionego wniosku *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia lub w formie pisemnego oświadczenia, które będzie zawierało dane określone na wniosku *Towarzystwa*,
 - kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
 - kopii innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej.
- 3. Na podstawie otrzymanych dokumentów *Towarzystwo* potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*.
- 4. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Towarzystwo* poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
- 5. *Towarzystwo* ma prawo też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyc: notariusz lub organ, który wydał dokument.
- 6. Dokumentacja dotycząca *zdarzenia ubezpieczeniowego*, które miało miejsce poza granicami Polski, musi być przetłumaczona na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt osoby, która zgłasza roszczenie.
- 7. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgania dodatkowych opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
- 8. *Towarzystwo* może wystąpić z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, placówek medycznych i innych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności *zdarzenia ubezpieczeniowego*, o czym poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.
- 9. *Towarzystwo* zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.
- 10. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia *Towarzystwo* powinno wypłacić w 30-dniowym terminie wskazanym w punkcie 9 powyżej.
- 11. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów, które są niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.
- 12. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, *Towarzystwo* powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione do świadczenia, uzasadniając odmowę w terminach określonych w punktach 10 i 11 powyżej.

Artykuł 8. Badanie lekarskie

1. W przypadku, gdy otrzymana dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia*, *Towarzystwo* może przeprowadzić badania *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo*. Badania te są wykonywane w placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*, która współpracuje z *Towarzystwem*.
2. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Towarzystwa* poddawać się w trakcie rozpatrywania roszczenia badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli *Ubezpieczony* odmówi poddania się badaniom, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Świadczenia należne z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Artykuł 9. Wskazanie i zmiana Uposażonego

WAŻNE: Uposażonym może być dowolna osoba i wskazuje ją Ubezpieczony. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkowi od spadków i darowizn.

1. *Ubezpieczony* ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany *Uposażonego* przez doręczenie do *Towarzystwa* pisemnego oświadczenia.
2. Zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *Towarzystwo* skutecznego oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
3. W celu wskazania lub zmiany *Uposażonego* należy podać informacje:
 - a) imię i nazwisko *Ubezpieczonego* oraz jego PESEL,
 - b) numer *SUU*,
 - c) imię i nazwisko *Uposażonego* (lub nazwa firmy w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną),
 - d) datę urodzenia *Uposażonego* (lub NIP w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną),
 - e) siedziba firmy w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną,
 - f) udział procentowy każdego z *Uposażonych* w części świadczenia, z dokładnością do 1%. W przypadku braku wskazania procentowego udziału lub jeśli łączny udział procentowy nie sumuje się do 100%, świadczenia zostaną wypłacone *Uposażonym* w równych częściach.
4. W przypadku niepodania danych lub podania danych w taki sposób, że nie będzie możliwe ustalenie *Uposażonego*, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z zasadami opisanymi w art. 2 ust. 28 *OWU*.
5. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne. W takim przypadku świadczenie jemu przysługujące spełniane jest na rzecz pozostałych osób uprawnionych do świadczenia proporcjonalnie do przypadających im udziałów lub najbliższej rodzinie zgodnie z zasadami opisanymi w art. 2 ust. 28 *OWU*.

Artykuł 10. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

1. *Towarzystwo* nie wypłaci świadczenia z tytułu *śmierci Ubezpieczonego*, jeżeli jest ona wynikiem:
 - 1) samobójstwa *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu pierwszych 2 lat od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,
 - 2) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - 3) obrażeń odniesionych na skutek uświłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym, co zostanie stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
 - 4) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. *Towarzystwo* nie wypłaci świadczenia z tytułu stwierdzenia u *Ubezpieczonego* *trwałej niezdolności do pracy*, jeżeli jest ona wynikiem:
 - 1) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 2) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
 - 3) nieudanej próby samobójstwa oraz samookałeczenia lub okałeczenia ciała na prośbę *Ubezpieczonego* – niezależnie od stanu poczytalności,
 - 4) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,

- 5) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania.
3. *Towarzystwo* nie wypłaci świadczenia z tytułu zdiagnozowania u *Ubezpieczonego* **poważnej choroby**, jeżeli jest ona wynikiem:
 - 1) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
 - 2) samookałeczenia lub okaleczenia ciała na prośbę *Ubezpieczonego* – niezależnie od jego stanu poczytalności,
 - 3) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
4. *Towarzystwo* nie wypłaci świadczenia z tytułu stwierdzenia u *Ubezpieczonego* **czasowej niezdolności do pracy**, jeżeli jest ona wynikiem:
 - 1) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 2) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
 - 3) wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiające ww. rozpoznanie,
 - 4) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
 - 5) samookałeczenia lub okaleczenia ciała na prośbę *Ubezpieczonego* – niezależnie od stanu poczytalności,
 - 6) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.
5. *Towarzystwo* nie wypłaci świadczenia z tytułu **pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie NW**, jeżeli jest on wynikiem:
 - 1) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 2) zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu lub: wspinaczki, skoków spadochronowych, lotów szybowcowych, paralotniarstwa, nurkowania, speleologii, sportów walki, sportów motorowych i motorowodnych, rajdów samochodowych, rajdów motocyklowych, jazdy motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, albo w wyniku uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
 - 3) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - 4) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
 - 5) samookałeczenia lub okaleczenia ciała na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 6) jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie *pobytu w szpitalu*.
6. *Towarzystwo* nie wypłaci świadczeń, które miałyby być realizowane na rzecz (lub w celu):
 - a) osoby występującej na liście sankcyjnej;
 - b) osoby zamieszkałej w krajach o nieakceptowalnym poziomie ryzyka (kraje UHRC), a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadających swą siedzibę w jednym z krajów UHRC;
 - c) organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - d) osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - e) podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – d);
 - f) finansowania towarów lub usług pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeładowywanych do/z lub za pośrednictwem krajów UHRC.
7. Przez kraje UHRC należy rozumieć kraje o nieakceptowalnym poziomie ryzyka, identyfikowane na podstawie wiarygodnych źródeł o charakterze publicznym, w tym w szczególności na podstawie: raportów zawierających wyniki ewaluacji krajowych systemów przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przeprowadzanych przez Komisję Unii Europejskiej oraz Grupę Specjalną do spraw Przeciwdziałania Praniu Pieniędzy (FATF), rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie embarg handlowych nakładanych na kraje łamiące prawa człowieka. Lista krajów UHRC może ulegać zmianie w związku ze zmianą kwalifikacji dokonanej przez wskazane powyżej organizacje.
8. Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrc.

Artykuł 11. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia oraz rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego – innego niż Ubezpieczający

1. *Ubezpieczający* może odstąpić od *Umowy Ubezpieczenia* w terminie 7 dni od *daty jej zawarcia*. Termin ten jest zachowany, jeżeli pisemne oświadczenie *Ubezpieczającego* o odstąpieniu od *Umowy Ubezpieczenia* zostało wysłane przed jego upływem.
2. W przypadku odstąpienia *Ubezpieczającego* od *Umowy Ubezpieczenia* w ciągu 7 dni od *daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia* uznaje się, iż *Ubezpieczony* nie był objęty ochroną ubezpieczeniową, a całość składki zostanie zwrócona *Ubezpieczającemu*.
3. *Ubezpieczający*, po upływie 7 dni od *daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia*, może wypowiedzieć *Umowę Ubezpieczenia* w każdym czasie. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem *Miesiąca*, w którym zostało złożone *Towarzystwu* pisemne, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony, oświadczenie o wypowiedzeniu *Umowy Ubezpieczenia*.
4. W przypadku wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* część składki proporcjonalnie za niewykorzystany okres ochrony.

Artykuł 12. Podatki

Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie tych *OWU* są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z 26.07.1991 o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1387 t.j.) i Ustawa z 15.02.1992 o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 865 t.j.).

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony*, *Uposażony*, uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia* lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia*, może złożyć reklamację:
 - 1) na piśmie: osobiście w siedzibie *Towarzystwa* albo listownie na adres: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa, albo na adres do doręczeń elektronicznych wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11388-11225-JBEJG-20
 - 2) w formie elektronicznej:
 - za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej www.nn.pl
 - na adres e-mail: info@nn.pl
 - 3) telefonicznie pod numerem: +48 22 522 71 24 oraz 801 20 30 40.
2. Każda reklamacja złożona zgodnie z punktem 1 powyżej będzie rozpatrywana niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 30 dni od *daty jej otrzymania*.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, kiedy nie będzie możliwe rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2 powyżej, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od *daty otrzymania reklamacji*. W takiej sytuacji *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo musi ustalić, oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.



WYJAŚNIENIE: Skomplikowane przypadki to takie, w których będzie konieczne ustalenie dodatkowych okoliczności i zebranie brakujących informacji, które są niezbędne dla rozpatrzenia reklamacji.

4. O ile składający reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na reklamację zostanie przekazana przez *Towarzystwo* na piśmie, niezależnie od sposobu zgłoszenia reklamacji.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji” jest dostępna na stronie internetowej *Towarzystwa*.
6. *Ubezpieczający* będący osobą fizyczną, *Ubezpieczony*, *Uposażony*, uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia* lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia*, może zwrócić się w sprawie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.

Artykuł 14. Zatajenie informacji

1. Jeżeli *Ubezpieczający* lub *Ubezpieczony* podali dane niezgodne z prawdą lub zataili prawdę o okolicznościach, o które pytało *Towarzystwo* przy zawieraniu *Umowy Ubezpieczenia*, i okoliczności te pozostają w związku przyczynowym ze zgłoszonym zdarzeniem ubezpieczeniowym, *Towarzystwo* będzie wolne od odpowiedzialności, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*, *Towarzystwo* nie będzie mogło podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.

Artykuł 15. Prawo właściwe, doręczenia, właściwość sądu, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące w Polsce.
2. Korespondencja *Towarzystwa* odpowiednio do *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* będzie wysyłana pisemnie pod ostatni wskazany adres odpowiednio *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
3. Wszelkie spory, które mogą wynikać z *Umowy Ubezpieczenia* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a odpowiednio *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym*, *Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* lub ich spadkobiercami, będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby odpowiednio *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* lub ich spadkobierców.
4. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
5. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.
6. Komunikacja z *Towarzystwem* odbywa się w języku polskim.
7. W przypadkach i w zakresie określonym w art. 98 ust. 2 pkt 2 Ustawy z 22.05.2003 o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2214 t.j.) świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą być zaspokojone ze środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

Artykuł 16. Aktualizacja informacji



WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczanie informacji dotyczących *Umowy Ubezpieczenia* i usprawni jej obsługę.

1. *Ubezpieczony* jest zobowiązany do niezwłocznego informowania *Towarzystwa* o zmianach:
 - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu, e-mail) oraz
 - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).Informacje o zmianach powinny być przekazane do *Towarzystwa* pisemnie na adres: Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
2. *Ubezpieczony* zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania *Towarzystwa* o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Warszawa, 1 kwietnia 2025

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu *Towarzystwa*

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu *Towarzystwa*